موت الرحمة

الطب – الدين – القناعة الشخصية

دكتور
عماد الدين حسين محمد
استشاري جراحة المخ والأعصاب



بطاقة فهرسة

مكتبة جزيرة الورد
اسـم الكتاب : موت الرحمة
المـــــؤلف : د. عماد الدين حسين محمد
رقــم الإيداع :

مكتبة جزيرة الورد
القاهرة : ٤ ميدان حليم خلف بنك فيصل
ش ٢٦ يوليو من ميدان الأوبرا ت : ٠١٠٠٠٠٤٠٤٦ ـ ٢٧٨٧٧٥٧٤
Tokoboko_5@yahoo.com

الطبعة الأولى ٢٠١٤

مقدمة

هناك شعور غريزي لدى كل البشر بحب الحياة وكراهية الموت وخاصة الذى يأتى بغتة، نعم الحياة غالية للإنسان ومن حوله، نعم الإنسان كل إنسان ولكن لا ننكر أن مرارة الموت تكون أشد عندما يصيب طفلا أو شابا أو إنسانا عظيما كان يمكن أن يعطى مجتمعه الكثير لو قدر الله الحياة أطول من ذلك ولكنها مشيئة الله. إنه الموت الذى لا يميز بين عظيم وصغير... غنى وفقير... كبير وصغير... طبيب ومريض... وغيرها وغيرها من المفارقات والمتناقضات.

و كما أن الحياة هبة من الله فالموت كذلك ويكاد يكون الأمر الوحيد الذى لا يحل فيه شخص مكان شخص آخر أو ينوب عنه، وكل إنسان على يقين تام بأنه ليس له أى دور فى التواجد فى هذه الحياة، لماذا أتينا إلى الدنيا وفى هذا التوقيت وبتلك الكيفية وفى هذا المكان؟ كلها أمور خارجة عن إرادتنا نتقبلها بكل الرضا ولكن إذا حاولنا تطبيق هذه القاعدة – قاعدة أن تواجدنا فى الدنيا هى خارج إرادتنا – نجد البعض لا يقبل تطبيقها عندما يتعلق الأمر بالموت الذى هو تماما نقيض الحياة، جاء من يتحدث عن أمر خلطوا فيه السم بالعسل وأسموه موت الرحمة.

قد يكون هذا احد توابع التقدم العلمي والطبي فى كافة المجالات التشخيصية والعلاجية حتى صارت الأمراض التى كانت فى الماضى تقتل الإنسان فى ساعات وأيام... يظل المريض يعانى منها فى أيامنا هذه شهورا وأعواما، نعم هناك مريض يعانى وبشدة ويقف الطب شبة عاجز عن شفائه... أى أن المريض يطلب الشفاء فلا يجده وأيضا يطلب الراحة فلا يجدها ويصبح التساؤل والحيرة هما شعار الموقف.

لكل حالة ظروفها الخاصة لاختلاف الأطراف المشاركة فى صنع القرار فهناك المريض والأهل والطبيب والإمكانيات الصحية المتاحة والإمكانيات الاقتصادية ثم العقائد الدينية والأعراف الاجتماعية التى تسود المجتمع وغيرها من عوامل تتشابك جميعها فى صنع القرار - ويا له من قرار – قد يكون فى بعض الأحوال سهلا وفى أكثرها صعبا.

د.عماد الدين حسين محمد

المنصورة مايو ٢٠١٤

موت الرحمة

أ-تعريفه:

إذا كانت طرق العلاج تسير كما ينبغي وحسب الإمكانات البشرية والمادية المتاحة ومات المريض فهذا موقف لا ينطبق عليه موت الرحمة. ولكن فى بعض المواقف وخاصة التى تطول فيها مدة المرض – بعدما قدم الطب كل ما يستطيع تقديمه – فأصبح أمامنا إنسان يتألم ومن حوله يتألم والمجتمع أيضا يتألم... هنا يبدأ الشعور الخفى أحيانا والمعلن أحيانا أخرى بتمنى حدوث الموت وفى أسرع فرصة،أما كيف يحدث هذا؟ فهنا تظهر الاختلافات الهائلة.

ولقد جرى المسمي فى المجتمعات الغربية على اعتبار أن موت الرحمة هو الطريقة الإيجابية الاختيارية التى يقوم الطبيب أو غيره بتعمد إنهاء حياة مريض مع سبق النية واستيفاء كل الإجراءات الطبية والإدارية والقانونية. ولكن تدريجيا بدأ هذا المعنى يتسع ليشمل أساليب وصور أخرى سوف يتم شرحها فى الفصل القادم.

أما الترجمة الإنجليزية لموت الرحمة هى Mercy Killing ولكن كلمة Euthanasia الإغريقية حيث المقطع الأول أو البادئة Eu تعنى جيد أو حسن، والثاني Thanatos تعنى الموت فأصبح المعنى الموت الجيد أو الموت الحسن وتدريجيا تغلب تعبير mercy killing للتعاملات العامة وظلت كلمة Euthanasia للاستخدام العلمي الأكاديمي والتى إن بحثت عن معناها فستجد أكثر من ترجمة ولكنها تحمل فى النهاية تعمد إنهاء حياة مريض بمرض عضال يعانى منه الأمرين ولا شفاء منه حسب درجة التقدم الطبي التى وصل إليها الجنس البشري حتى وقتنا هذا.

ب-أقسامه وطرق تنفيذه:

فى اللغة العربية درسنا أن هناك فاعل ومفعول به، وفي علم الجريمة هناك الجاني والمجنى عليه والمحرض والمساعد على الجريمة و وسيلة التنفيذ أو الأداة المستخدمة والدوافع وغيرها. وعندما حاولت تطبيق تلك الثوابت مع حالات موت الرحمة شعرت بالفشل الذى لم يستطع أحد حتى هذه اللحظة أن ينقذنى منه.وإذا اعتبرنا ذلك جريمة فدعونا نحلله بطريقة المحققين الجنائيين ، إذا فمن هو الجاني(الفاعل)؟

١- المريض لأنه يطلب الموت بنفسه أو يقدم على الانتحار.

٢- من حوله إذا فقد أهليته أى كان فى غيبوبة مثلا وشرح الأطباء للأهل أن لا أمل فى شفاءه فوافقوا على موته.

٣- الطبيب أو غيره سواء بالأسلوب الإيجابي أو السلبي.

و من المجنى عليه (المفعول به)؟ أيضا هم الجناة !!!

١- المريض فهو الذى سيموت.

٢- من حوله سـيتألمون كثيرا إذا أصـر المريض على طلب الموت، أو أخبرهم الطبيب بعدم وجود فرصة للشفاء فرضوا بقضاء الله وقدره صاغرين.

٣- الطبيب أو غيره: فأصـابع الاتهام لا تتركهم بأنهم قتلة وغير أمناء مع المريض وأهله ومجتمعهم.

الأداة المسـتخدمة فى الجريمة: تعطى الأدوية بجرعات كبيرة أو يحرم من أدوية أو أجهزة أو جراحات أساسية .

الغرض من الجريمة :ليت القارئ يساعدنى فى الإجابة.

و رغم كل ذلك فإليكم ما اتفق عليه الأطباء وأجازه القانون لتقسـيم صـور موت الرحمة:

- على حسب رغبة المريض وذويه:

١. إرادي بكامل وعيه Voluntary

٢. حالات الغيبوبة وأمثالها Non-voluntary

٣. ضد إرادته رغم وعيه Involuntary

- على حسب الطريقة المستخدمة:

الطريقة الإيجابية Positive،Active

الطريقة السلبية Negative،Passive

المساعدة على الانتحار Assisted suicide

التأثير المزدوج Double effect

ولكى يبدأ التنفيذ فالبداية لدى المريض وذويه ولذلك سـنبدأ بهذا بشـيء من التفصيل:

١. بالرغبة الواعية والإرادة التامة: Voluntary:

و هنا البداية فقد يطلب حقنه بما يسـبب موته المباشـر أو يطلب هو هذا الدواء ويتناوله بنفسـه أو يرفض تناول أى دواء أو طعام أو شـراب أو استخدام أجهزة ضرورية.

٢. حالة المريض لا تسمح بأى موافقات : Non-voluntary:

حالات الغيبوبة أو شبه الغيبوبة – العته الذهنى – التخلف العقلي –بعض إصـــابات الرأس الشـــديدة – الحالات النباتية المزمنة – الأطفال – بعض الأمراض النفسية – حالات الهذيان والهيجان الشديد. فى هذه الحالات هناك الوصـيّ الشـرعي Next of kin أو الجهات القانونية المختصـة للحصـول على أية موافقات.

٣. ضد إرادته ورغما عنه: Involuntary:

هذه حالات نادرة ولكنها موجودة وأشـــهرها ما يحدث أحيانا فى ميادين القتال البعيدة عن المراكز الطبية وحين يصـعب أو يسـتحيل نقل المصـاب إلى إحداها، وعلى سبيل المثال إصابات البطن وخروج الأحشاء وما يصحب ذلك من آلام شـــديدة يصـــرخ منها المصـــاب فلا يجد دواء ولم يصـــله بعد طائر الموت... إنه العذاب بعينه والقرار صـعب وقد يوافق البعض على رصـاصـة الرحمة فى تلك اللحظات وقد يسميها البعض رصاصة الغدر والقتل.

فى النماذج السـابقة كان الحديث عن التقسـيم حسـب رغبة المريض وذويه وسوف نتحدث الآن عن طرق التنفيذ:

- الطريقة الإيجابية: Positive ،Active :

مع بداية الدعوة إلى موت الرحمة كانت الأذهان كلها موجهة إلى هذه الطريقة فقط، ولكن تدريجيا اتســـع المجال وظهرت الصـــور المختلفة التى نتحدث عنها.

و الطريقـة الإيجـابيـة تعنى عقـد العزم والنيـة على إنهـاء حيـاة مريض بإعطائه جرعة قاتلة من أحد العقاقير مثل مرخيات العضـــلات أو الأدوية المنومة وأكثر الدول المطبقة لذلك هى هولندا وبلجيكا.

- الطريقة السلبية: Negativ،Passive :

هذه هى أكثر الأســـاليب تطبيقا فى العالم أجمع حيث تلقى راحة نفســـية وصـــور تطبيقـاتهـا المختلفـة لا تتعـارض مع الثوابـت الـدينيـة مثـل الطريقـة الإيجابية السـابقة التي لا يوافق عليها الغالبية العالمية سـواء أصـحاب الديانات السماوية أو الأرضية.

فى هذه الحالات هناك قناعة لدى الفريق الطبي من ناحية والمريض وأهله من ناحية أخرى بأن كل مايمكن تقديمه قد حصــل عليه المريض وأن حقه فى الحياة يتطلب الغذاء بالصـــورة والطريقة الممكنة ثم تخفيف الألم ويترك بعد ذلك لقضـائه، ولعل أبرز صـورة لتطبيق هذا هو عبارة DNR أو Do Not Resuscitate

وتعنى عدم استدعاء فريق الإنعاش القلبي الرئوي إذا توقف القلب فى أى لحظة حيث أن الحالة ميئوس منها، ولقد كانت لى تجربة ظريفة فى هذا الموقف- نعم ظريفة رغم ما يحيط بالجو من أحزان وهى إصابة إحدى المريضات بكسر فى الضلوع أدى إلى هواء بالتجويف البلوري ومريضة أخرى أدى كسر الضلع إلى تهتك بالطحال وفى كلتا الحالتين تم إجراء جراحات إضافية فإذا بأهل المريض هم من يطلبون عدم استدعاء الفريق الطبي بعد ذلك.

و هناك طرق أخرى للتطبيق السلبي لموت الرحمة مثل عدم استخدام بعض الأجهزة التى قد تطيل العمر قليلا مثل جهاز التنفس الصناعي، أو بعض الأدوية الكيماوية أو الإشعاع لحالات السرطان المرتجع، او حتى الجراحات لهذا السرطان المرتجع الذى لا شفاء منه، وقد يتوقف أيضا بعض الأطباء عن استخدام المضادات الحيوية الشديدة لمدد طويلة حيث لاتنخفض الحرارة، بل تبدأ الأعراض الجانبية للدواء فى الظهور، وهناك أيضا منشطات القلب والكلى التى لها تأثير محدود، ولقد عقب أحد الأطباء على تلك الإجراءات التى لا تفيد بأنها راحة لأهل المريض وليس المريض نفسه.

- المساعدة على الانتحار: Assisted suicide:

هذه أيضا صورة أخرى يقوم فيها المريض بدور الجانى والمجنى عليه– كما سبق أن أشرنا – مع الفارق أنه انتحار «قانوني» بعلم المريض وأهله، ودور الطبيب أو غيره هو أن يترك بجوار المريض ما يؤدى إلى هلاكه فور تعاطيه.

- التأثير المزدوج: Double effect:

الجميع يعلم أن عقار المورفين ومشتقاته له تأثير السحر فى تخفيف الألم، والكثيرون يخشون كثرة تعاطيه فقط لكى لا يعتادون عليه... هكذا ببساطة وكأن هذا هو فقط ما يخشى منه أى الإدمان... الحقيقة العلمية أن هذا العقار بجرعات كبيرة متكررة يثبط مراكز جذع المخ وخاصة مراكز التنفس، فتصبح تدريجيا غير قادرة على حفظ حركة التنفس اللازمة للمريض ومن ثم يصاب بتوقف عمل الرئتين ثم القلب ويموت، هكذا تمضى الأمور نعطى المريض المورفين العجيب ليخفف آلامه ويبتسم ويبتسم من حوله ولكن لوقت قصير، فالتأثير مزدوج أى تخفيف الألم والموت البطيء

جدول إيضاحي لوسائل موت الرحمة وطرق تنفيذها

رغبة المريض وذويه	الطريقة المستخدمة
المريض فى كامل قواه العقلية حالات الغيبوبة وأمثالها ضد إرادته رغم وعيه	إيجابية سلبية المساعدة على الانتحار التأثير المزدوج

وكما ذكرنا ذلك الموقف الصـعب فى ميدان القتال هناك مواقف مماثلة فى المستشفيات عندما لا يتواجد أى شخص له علاقة بمريض معين، وهنا يلزم على الأطباء إشراك إدارة المستشفى وإبلاغ الجهات القانونية قبل اتخاذ أى قرار.

و كما ذكرنا أيضا فإن الطريقة الإيجابية تجد نفورا لدى الكثيرين ولكن من يؤيدونها يستندون إلى هذه الحقائق:

- أسرع وأكثر راحة للجميع وأولهم المريض
- هل الضمير يستيقظ فقط للموت السريع ولا يستيقظ للموت البطيء؟
- الكل يعلم أن الوسائل السلبية سوف تؤدى أيضا إلى الموت، فلماذا تدفنون رؤوسكم فى الرمال؟
- ليست هناك جريمة ولو ادعى البعض لوجود جريمة فالعقاب واحد لمن يقتل أو يقوم بفعل يؤدى إلى القتل أو يساعد فيه أو يحرض عليه.

ج-علاقته بموت المخ:

لم أكن أتوقع أن أتحدث عن الموت بتوقف جذع المخ فى هذا الكتاب حتى سألنى أحدهم عن هذه العلاقة، ويبدو أن موضوع موت المخ مازال يحتاج الكثير من الجهد ليترسخ فى الأذهان باعتباره احد أسباب الموت تماما مثل توقف عمل القلب أو الرئتين.

إن الأعمدة الثلاثة للحياة هى المخ والقلب والرئتين وتوقف أحدهم بالإصابات أو الأمراض المختلفة يتبعه توقف العضوين الآخرين، وعلى سبيل المثال فقد يتوقف القلب لجلطة كبيرة بالشرايين التاجية ويتبع ذلك توقف المخ والرئتين، و هذا أيضا يحدث عند الموت بتوقف جذع المخ بعد تلف خلاياه لدرجة لا رجعة فيها بسبب إصابات الرأس الشديدة أو الأمراض المختلفة ويتبع ذلك توقف القلب والرئتين، أى أنه موت كامل تم فيه عمل كل الأبحاث الضرورية وبذلت فيه كل طرق العلاج المعروفة ولم يظهر على المريض أى صورة من صور الحياة... هناك فقط جهاز تنفس صناعي يعمل على الدوام فيدفع الأكسجين إلى الرئتين ومن ثم يصل القلب قدرا من الدورة الدموية وبها الأكسجين اللازم ليبقى القلب ينبض إلى حين، أى إذا تم إيقاف الجهاز فى أى لحظة لتوقف القلب بعد دقائق قليلة أى أن الجهاز هو فقط لإطالة عمر بعض أعضاء الجسم والتى ليس بينها المخ.و يستند المعترضون إلى ان نبض القلب حتى ولو كان بالجهاز يعنى حياة إنسان وليس حياة عضو ومن ثم فلم يحدث الموت بعد... ويستمر الجدال تماما مثل حالات موت الرحمة بالطرق السلبية المختلفة فالبعض يعتبرها تسريعا للموت.

نحن امام موقفين يكاد يكون النقيض فى التعامل هو الأساس، فموت المخ نبذل فيه وبأقصى سرعة كل الإمكانيات المتاحة بالتقدم العلمي والطبي لمحاولة استرداد أى صورة من صور الحياة بجذع المخ... وموت الرحمة نتردد قبل أو نتساءل عن جدوى تطبيق أى صورة أخرى تشخيصية كانت او علاجية، موت المخ المريض فيه ميت وجارى البحث عن أى دليل يشير إلى تواجد حياة وموت الرحمة المريض فيه حي وجارى البحث عن الأسلوب الكريم لموته، وفى كلتا الحالتين فلعنة التكنولوجيا قد أوصلت البشرية إلى هذا الموقف الذى نتساءل فيه أحيانا هل نسرع بالموت أم نؤجله؟ سؤال قد لا نجد له إجابة دقيقة ومحددة حتى قيام الساعة وتظل الحقيقة فى المراجع الثلاثة؛ الطب والدين والقناعة الشخصية.

د-نبذة تاريخية:

اكتشاف الموت... هكذا ببساطة قرأت الكلمة وظننتها دعابة أو عنوان رواية أو رمز لشيء آخر، ولكن كانت المفاجأة أنها حقيقة... نعم استغرق اكتشاف الموت على الإنسان البدائي ردحا من الدهر... فقد كان يرى الموتى أمامه ويظنه أمرًا عارضاً وبسبب عوامل الشر أو الأرواح، وتدريجيا تبين له أن هذا الأمر يعنى النهاية ولا رجعة فيه... إنه اكتشاف بالنسبة للإنسان البدائي.

و كان التطور البشري وظهور الأديان وكلها تعطى الموت حقه من القدسية والاحترام وظل الإنسان حتى يومنا هذا المخلوق الوحيد الذى يعرف أنه سيموت أى أن المخلوقات الأخرى ليس لديها هذا الإحساس... لعله تكريم للبشرية لمن يتفكر ويتعظ.

- ٤٠٠ سنة قبل الميلاد: قسم أبو قراط الشهير الذى مازال حتى يومنا هذا مصدرا ومرجعا لكليات الطب على مستوى العالم وفيه يقسم الطبيب على عدم إيذاء المريض بإعطائه دواء قاتلا أو حتى بالحث عليه حتى لو طلب منه ذلك.

- فى أوائل القرن التاسع عشر ظهر قانون يعتبر من ينصح حتى بالانتحار متهما بالقتل لو أقدم المنتحر على قتل نفسه حتى لو كان هذا المنتحر مصابا بمرض شديد أو محكوم عليه بالإعدام.

- عام ١٩٢٠: ظهر كتاب بعنوان (السماح بإنهاء الحياة الغير مجدية) ناقش فيه المؤلفون حق بعض الحالات المرضية أن تطلب إنهاء حياتها ووافقوا على هذا الحق تحت شروط مشددة، وكان أكثر من طبقها هم الألمان النازيين بل شجعهم هذا على توسيع دائرة (الحياة الغير مجدية) والإقدام على المذابح النازية.

- عام ١٩٣٥: تأسست جمعية موت الرحمة الإنجليزية.
- عام ١٩٣٩: أمر هتلر بقتل كل المعاقين والمرضى وكان برنامج النازى بقتل الرحمة من أقسى البرامج.
- عام ١٩٧٣: ظهرت وثيقة أمريكية شهيرة تكاد تقترب من القانون Patient bill of rights، وكلمة bill تعنى فاتورة وتعنى أيضا مشروع قانون أى وثيقة لحقوق المريض تتضمن حقه فى رفض العلاج بعد التوقيع على موافقة كتابية.
- عام ١٩٨٠: رفض البابا جون بول الثانى بابا الفاتيكان مبدأ قتل الرحمة ولكنه وافق على حق المريض فى رفض الأجهزة المختلفة مع إعطاءه المسكنات اللازمة لتخفيف آلامه والغذاء اللازم لحياته.
- فى تلك الأثناء تأسست جمعيات الحق فى الموت Right to die Societies فى ألمانيا وكندا وأمريكا وبدأت نشاطها فى صورة حملات توعية.
- عام ١٩٨٤: أقرت المحكمة العليا الهولندية حق الموت بالطريقة الإيجابية .Voluntary Eu تحت شروط معينة.
- عام ١٩٩٠: أيدت الجمعية الطبية الأمريكية حق الطبيب فى إيقاف العلاج عن المريض المشرف على الموت بعد الموافقات الكتابية اللازمة.
- عام ١٩٩٤: أقرت المحاكم الأمريكية قانون الحق فى الموت مع اختلافات طفيفة بين الولايات المختلفة فى كيفية التطبيق.
- عام ١٩٩٥: لحقت مقاطعة شمال أستراليا بأمريكا وغرب أوروبا فى الموافقة على مبدأ موت الرحمة بإصدار التشريعات الخاصة بذلك وإن تم إلغاؤها لاحقا عام ١٩٩٧.
- عام ١٩٩٨: ولاية أوريجون الأمريكية تتوسع فى التطبيق وتقر قوانينه المساعدة على الانتحار Death with dignity Act.
- عام ٢٠٠٠: قانون ثابت فى هولندا يبيح الطريقة الإيجابية فى إنهاء الحياة.
- عام ٢٠٠٢: قانون ثابت فى بلجيكا مثل هولندا

و كما يتضح فالشرق والعالم العربي ليس لهم أى ظهور... الدين... العرف... أسباب أخرى.

هـ-توقعات مستقبلية:

بدأ الجدال ولن يتوقف... هل هذا مساعدة على القتل أم الانتحار أم الموت؟ Dying، suicide،Assisted killing . ومن هو المسئول عن التنفيذ عند تطبيق الطريقة الإيجابية .Active Eu؟ يلوح بالأفق تخصص جديد يطلقون عليه متعهد الموت Thanatologist، هذه حقائق علمية جديدة وليست خيالا علميا أو تصورات ليس لها تطبيقات في الواقع... يدق جرس التليفون لاستدعاء الطبيب لا لكى يسعف مريضا ولكن لإعطاء الحقنة الأخيرة النهائية... هكذا ببساطة يصبح هذا فرعا جديدا فى الطب ... وبدلا من مراجعة الحالة المرضية يبدأ الطبيب في مواجهة النواحى القانونية والإجراءات الإدارية قبل «تنفيذ الحكم» أى تلبية الرغبة فى الموت.

- و لقد رفض الكثير من الأطباء هذا الموقف وبدأ التفكير فى هيئة التمريض والفنيين وحتى المحامين بوضع خطة تدريب بشقيها الطبي والإداري منذ لحظة مراجعة ملف المريض ثم حقنه وحتى التوقيع على شهادة الوفاة.

- و كما هو متوقع فهناك من يؤكد على أن ذلك من مهام الطبيب وهو يخدم فى مجتمع أقر بقانونية موت الرحمة الإيجابي، وعليه إذا اتباع قوانين الدولة التى ينتمى إليها، البعض يتهرب ويطالب بأن يقتصر دوره على الطريقة السلبية وليس الإيجابية فهذا ما يسمح به ضميره والبعض وافق بقناعته الشخصية وشعوره أنه يؤدى دورا إيجابيا لخدمة مجتمعه.

- فإذا كان العنوان الرئيسي لتلك الصور هو «توقعات مستقبلية» فتلك التوقعات مطبقة بصورة روتينية وشبة يومية فى هولندا وبلجيكا... ماذا يحمل المستقبل لبلادنا؟ هل نلوم أنفسنا أم إنها التكنولوجيا التى لم تترك شيئاً لتعبث به حتى موت الإنسان لتضيف إلينا كل يوم ما كانت عقولنا تعجز حتى عن التفكير فى إمكانية حدوثه.



الموتة الكريمة

١-مفهوم متغير:

يختلف خلق الله فى أشياء كثيرة، لكنهم يقتربون عندما يتعلق الأمر بكرامة الحياة وكرامة الموت، ونقول يقتربون ولا يتفقون تماما لأن هناك متغيرات كثيرة على مستوى الأفراد أو الشعوب.

سئل يوليوس قيصر أى الموت أفضل؟ فأجاب إنه الموت الذى يأتى فجأة، هذا أيضـا تفكير البعض حيث يتجنب الإنسـان ومن حوله مشـقة تلك المرحلة العصـيبة بين التشخيص النهائي لمرضـه المميت ولحظة خروج الروح، فهى صــورة من صــور الموت الكريمة يتجنب فيها الكثير مما يطلق عليه أرذل العمر.

و قد اختصــر البعض الإجابة عن ســؤال تعريف الموتة الكريمة فكانت الإجابة بأنها الموتة والإنســان بكيانه الكامل Dignity with integrity. إنه حقا مفهوم متغير لا يوجد له ثوابت واضــحة بل يختلف من مكان لمكان وفى نفس المكان من حال لآخر ومن زمن لزمن آخر.

و لقد أجريت اســتطلاعات رأى كثيرة لتعريف الموتة الكريمة وكانت الإجابات فيها كالتالى:

- بدون ألم أو أعراض أخرى مؤرقه.
- وسط العائلة بالمنزل.
- راحة إيمانية مع صفاء الضمير.
- بكامل القوة العقلية .
- بدون خلافات أو ديون.
- يشعر الإنسان بأنه أعطى فى حياته ما يرضيه.
- ألا تتأثر خصوصيته وكرامته وعزة نفسه.
- أن يكون هناك وقت للوداع بصورة طيبة.
- أن تأتى لحظة الموت بدون إطالة غير ضرورية.
- ألا يحرم الإنسان من أى مساندة طبية أو أسرية عاطفية أو روحانية.

- و يلخص البعض الرد فى طلبين؛ رضا الله وراحة البدن. يقول المولى عز وجل فى كتابه الكريم { ولقد كرمنا بنى آدم} ولكن يبدو أن ذلك أمر صعب المنال أحيانا، ليس فقط وقت الحياة ولكن وقت الموت أيضا.

٢-دور الطبيب:

فى المجال الطبي هناك ثلاثة مستويات للرعاية والعلاج :-

١- المستوى الأول:

كل ما توصلت إليه التكنولوجيا فى تشخيص وعلاج الأمراض بأقسام العناية المركزة على مدار ٢٤ ساعة يكاد يعتمد الجسم خلالها على أجهزة التنفس الصناعي – منظم لضربات القلب – غسيل كلوي – أجهزة إنعاش لتوقف القلب – رنين مغناطيسي – أشعة مقطعية – موجات فوق صوتية – رسم مخ – رسم قلب – قياس ضغط المخ وغازات الدم – كل التحاليل التى تتخيلها – وكل العقاقير وأنواع المحاليل التى تواجدت على ظهر الأرض مع أطقم طبية مدربة على كافة المستويات.

٢- المستوى الثاني :

بدون الأجهزة السابقة مع استخدام كل العقاقير اللازمة حسب حالة المريض مع الرعاية التمريضية اللازمة للنظافة ومخارج البول والبراز.

٣- المستوى الثالث:

الغذاء والسوائل اللازمة بالأنبوبة المعدية أو عن طريق الدم مع إعطاء مسكنات الألم والرعاية التمريضية بالمستشفى أو بالمنزل.

و هناك عوامل كثيرة تؤخذ فى الاعتبار عند تقرير الخط العلاجي المناسب فالقاعدة هى التوازن العلاجي المقبول Careful balance بعد الاتفاق بين الفريق الطبي من ناحية والمريض وأهله من ناحية أخرى على أن يعتبر الطبيب نفسه مثل القائد العسكري الذى يتخذ قراراته حسب متطلبات الموقف ويجب أن يكون هذا القرار حاسما وصائبا ولا يعيب أى طبيب إذا طلب المشورة من غيره على مسمع ومرأى من المريض وأهله أيضا يترك لهم حرية الاختيار للحصول على المعلومات من مصدر ثان وثالث ...

و هنا تبرز استفسارات هامة على مستوى استعداد الطبيب لهذا الموقف... إننى حقا لا أتذكر إطلاقا أثناء دراستى أن أساتذتي – الذىن أدين لهم بالكثير- قد ذكروا لنا عن هذا الموقف كلمة واحدة، وسألت ابني وهو طبيب امتياز أثناء إعداد هذا الكتاب فذكر لى نفس الشيء، أى أن مواجهة هذا الموقف سيعتمد على الخبرة الشخصية ومستوى ثقافة الأهل.

و للإنصاف نقول أن هناك فرعا فى الطب بدأ قرابة منتصف القرن العشرين تحت مسمى طب المسنين Geriatric medicine والذى قد يمثل حلا لتلك المشكلة، ولكن هناك موتى من صغار السن ولو أنهم قلة، والأهم من ذلك أن العصر الحديث يتسم بالتكنولوجيا المجنونة التى تجعل شباب الأطباء يلهثون وراءها ولا نلومهم فى ذلك بل نجد أنه دورنا – الذى قد يكون صعبا– هو محاولة إقناعهم لإعطاء بعض الوقت وبذل القليل من الجهد لتعلم رعاية المرضى على مشارف الموت terminally ill.

و سـواء درس الطبيب ذلك أم لم يدرسـه فهناك مهارات التفاوض ليس فقط فى المحافل الدبلوماسية ولكن أيضـا فى تلك المواقف الحساسـة التى دعا فيها أحد كبار الأطباء ذو الحنكة صغار الأطباء قائلا:

١- ادرس نوعية ودرجة ثقافة المريض والأقارب والأصـــدقاء وتخير اللغة والأسلوب المناسبين.

٢- اترك لهم خيار موعد اللقاء ومن يحضر

٣- دعهم يقولون كل ما يحبون دون قيود أو حدود

٤- كن صادقا واضحا مؤيدا كلامك بكل الأدلة الممكنة.

٥- اترك لهم فرصة او أكثر بعد هذا اللقاء للمناقشة ودراسة الموقف.

٦- اجعل قنوات الاتصال مفتوحة دائما

و يميل الكثيرون إلى تكوين «فريق» غايته الموتة الكريمة لهذا المريض المسكين وأعضاء هذا الفريق هم الطبيب والمريض ومن حوله، كل هذا سهل ســواء الغاية أو تكوين الفريق ولكن الاختلاف يأتى من الوســيلة لبلوغ تلك الغاية فقد يظهر جديد فى أية لحظة و هذا الجديد له قرار مختلف. وقد يكون المريض فى كامل قواه العقلية وقد يكون فى حالة غيبوبة أو قريبا منها فيصبح القرار فى يد غيره، المهم هو بناء جسور الثقة وفريق واحد ذو هدف واحد لذا يجب أن يكونوا على قلب رجل واحد.

و فى هذا المقام أتذكر حوارات كثيرة فى انجلترا والســعودية ومصــــر ، فهناك المريض الذى يعلم تماما إصــابته بالســرطان ويبتسـم ويطلب ما يريد وطبيبه يقول له إنك محظوظ أن أتاح الله لك فرصــــة لكى تقوم بعمل ما تحب قبل أن تلقى ربك، وهناك مواقف يصــــر الأهل فيها على عدم إخبار المريض المصــاب بالســرطان فهم يعلمون عنه ما لا يعلم الطبيب وكلمة كهذه ســوف تدمره ولا تعالجه، وهناك موقف ثالث أكثر صــعوبة على الطبيب والمريض ومن حوله وهو موقف تدهور الحالة ونصـــل إلى موقف له معنى واحد هو قرب الموت أو عدم وجود وســيلة للعلاج فكيف يتصــــرف الطبيب؟ هناك العبارات التى تحمل المعنى مثل: الحالة غير مستجيبة للعلاج – تطور الحالة غير مُرض – دعواتكم للمريض بالشـــفاء والرحمة ولنا بالتوفيق فى تخفيف محنته – لنتعاون جميعا لتكون الأيام الأخيرة علامة واضحة للموتة الكريمة.

أذكر تلك الحقائق وأذكر معها أيضا تعرضى مثل غيرى من الزملاء للوم والنقد وأحيانا الإهانة والاتهام بالتقصـــير... نعم هذه حقائق لا ينكرها أحد والخوض فى تفاصـيلها خارق نطاق هذا الكتاب ولكن المحصـلة أننا نجد فى بعض المواقف أن المعاملات لا تتم فى مناخ صـحي بل فوق صـفيح سـاخن تتطاير منه ألسنة النار لتحرق أى شيء.

على أن الإنصـاف يدعونى إلى ذكر ممارسـات بعض الأطباء عن عمد أو قلـة خبرة، ومن أمثلـة ذلـك مـا يمكن تسـميتـه بـالعلاج العبثي futile treatment، أى يقدم للمريض شـيء لاجدوى منه وهناك أيضـا العلاج المرهق burdensome treatment ويعنى تكبد مصـاريف باهظة فى مقابل غير مضمون أو حتى بدون مقابل أو مقابل زهيد لا يبرر ما نفعله سواء بالجراحة أو بغيرها، وتلك أمور تثير حولها الكثير من الأسئلة التى يمكن بسهولة تجنبها إذا بذلنا قدرا أكبر من البداية في بناء جسـور الثقة وحافظنا على قدر من الاحترام المتبادل كوسيلة محترمة لغاية أكثر احتراما هى الموتة الكريمة.

٣-موقف المريض:

المريض هو الضـلع الضـعيف فى المثلث (طبيب – مريض – آخرون) وهو الذى يعانى ويدعو الله ليلا نهارا بشـيء واحد فقط هو الراحة سـواءا بالعلاج أو بالموت... هناك ألم نفسي وألم بدنى تتفاوت شدته من حالة لأخرى وأيضا تتغير ردود الفعل من إنسان لآخر لتصل مداها بطلب الموت، وحسب الإحصـائيات الغربية فإن نسـبة من يتمنون الموت فى الحالات الميئوس منها هى ٥٠%، أما من يصـرون عليه ويطلبون الإسـراع فيه ويوقعون الموافقات الكتابية المطلوبة فهى ٨-١٠%. ولا توجد إحصـائيات فى بلادنا حول هذا الموضوع ولكننا بالطبع نتوقع أن تكون أقل من ذلك بكثير.

و عن الأسباب التى تدفع المريض لطلب الموت نتذكر:

١- الألم: يشـكل قرابة ٣٠% من الحالات الغير مسـتجيبة للعلاج ليصـل المدى إلى درجة غير محتملة يصـرخ منها المريض ولا يجد ما يريحه بالدرجة المطلوبة.

٢- الأسـباب النفسـية:مثل الاكتئاب الشـديد والغضـب والشـعور بالعزلة الاجتماعية وأنه عالة على الغير... لقد طال الأمد ولا أرى طاقة يأتى منها النور، لقد صار الموت هو المخرج الوحيد.

٣- أسباب عضوية أخرى: فى بعض الحالات قد يكون عدم التحكم فى البول والبراز وما يتبع ذلك من رائحة كريهة يعيش فيها المريض ومن حوله، يحيل هذا الأمر حياتهم إلى وضع يصعب تقبله.

هكذا بدا تفكير البعض متسـائلين هل فى بعض المواقف يجب أن نموت ؟ فى العقيدة الإسلامية الاستشـهاد فى سبيل الله هو أرقى وأفضل صور الموت، هنا فقط يجب أن نموت إعلاء لكلمة الله تعالى وجهادا فى سـبيله وما عدا ذلك فلا وألف لا، ويرد الطرف الآخر مدافعا عن رأيه: انظروا إلى هذا البيت ورائحته الكريهة على مدار ٢٤ ساعة... آهات وصـيحات... عبء جسدي ونفسـي على الجميع... أموال مهدرة دون فائدة قد تدفع البعض إلى الاسـتدانة... المنزل صـار مكانا كريها لأهله ولا ينعم أحد بأى قدر من الراحة، وهناك مريض المسـتشـفى حيث يتجنب أهل المنزل الكثير من المشاكل ويتبقى العبء الاقتصادي والمعنوي على المجتمع بأسره.

٤-وصية الحى:

كلنا يعلم عن وصية الميت أى أمور يوصى بها الإنسان في حياته ويلتزم بها أهله بعد مماته، أما عن وصية الحى هذه فالتنفيذ يتم وهو أو هى على قيد الحياة، وأفضل توقيت لها هو بعد الإصابة الشديدة أو المرض الذى لا شفاء منه مع عدم تأثر القدرات العقلية وبعد سماع شرح الأطباء للحالة بالتفصيل وكل العواقب محتملة. ويوضع أمام المريض اختيارات يختار منها ما يريده مثل:

- افعلوا كل شيء وأى شيء.
- أريد علاجا متزنا منطقيا مع التقييم المستمر لحالتى .
- لا أريد إجراءات قاسية مثل بتر أحد الأطراف أو جهاز التنفس الصناعي
- أريد فقط الراحة من الألم.
- أمور أخرى يحب المريض إضافتها.

و هناك أيضا التوكيلات التى بمقتضاها يترك المريض حرية اتخاذ القرارات المناسبة لتلك الهيئات القانونية تجنبا لمواقف قد يصعب عليه هو تصورها. ويرى البعض أن لوصية الحي عدة مزايا مثل:

١- احترام حقوق الإنسان وكرامته.

٢- يفتح الباب للنقاش قبل حدوث الموت.

٣- يعطى الأطباء فرصة أفضل لاتخاذ القرار المناسب حسب تطور الحالة بناء على هذه الوصية.

٤- يعفى الأسرة والأصدقاء من عبء البحث عن القرار المناسب.

و لكن هناك أيضا بعض العيوب مثل:

١- كتابة وصية كهذه تبعث على الاكتئاب.

٢- يصعب على الإنسان العادي تخيل الأحداث مهما شرح له الأطباء.

٣- قد تكتب الوصية بطريقة غامضة تجعل تفسيرها صعبا عند التطبيق.

٤- قد تتغير طبائع الإنسان ونظرته للحياة والموت ولكن لا يستطيع تغيير وصيته.

٥- قد يصعب العثور عليها وقت الحاجة إليها.

٥-تأثير الآخرين:

هناك أسئلة متكررة يجب أن يتقبلها الطبيب ويجيب على ما يستطيع منها سعيا وراء الهدف الذى تناولناه من قبل وهو إشراك الجميع فى الفريق الطبي المعالج، وقد يتعلق السؤال عما تبقى من العمر وما هى الصورة عن هذه اللحظة وماذا يمكن عمله، وتكون الإجابات بالطبع حسب كل حالة وما أتى به البحث العلمي والحقائق الطبية ثم دائما نذكرهم بلطف الله لعباده، وقد يتعلق السؤال بالأعراض التى يشكو منها وهذه سوف نشرحها لهم لكى يساعدوا الطبيب فيها ولكى لا يعتبرونها شيئا غير متوقع، وإذا لم يسألوا عنها فعلى الطبيب ذكرها.

- الألم:

وخاصة فى حالات السرطان المتقدمة وتكون فى أشدها عند تواجد ثانويات سرطانية فى العظام مثل فقرات العمود الفقرى والحوض والضلوع.

- ارتفاع الحرارة:

يتجه التفكير عادة إلى التهابات الصدر والمجارى البولية وما يعنى ذلك من التفكير فى المضادات الحيوية، ولكن هناك حالات أخرى ترتفع فيها درجة الحرارة بدون التهابات وأشهرها مشاكل الكبد وهى حالات نكتفى فيها بالمسكنات البسيطة وخافضات الحرارة.

- التقيؤ:

أمر لا يستريح منه أى إنسان فما بالنا بإنسان على مشارف الموت، فإذا كان الألم شيئا فظيعا ولكن المريض وحده هو الذى يعانى ومن حوله يتأثرون لتأثره، أما التقيؤ المستمر فلا يستريح احد بالجلوس بجواره وينتج عنه فقدان السوائل والأملاح المعدنية اللازمة للجسم واحتمالات الالتهابات الصدرية إذا ارتد شيء إلى القصبة الهوائية.

- مشاكل التنفس والكحة:

نرى كثيرا من هؤلاء المرضى يشكون من عدم القدرة على التنفس ويطلبون الأكسجين، وحتى لو وضعنا لهم قناع الأكسجين فلا زال هناك الشعور بضيق الصدر وصعوبة التنفس، قد يكون السبب عضويا أو نفسيا وفى كلتا الحالتين فهو أمر صعب للمريض ومن حوله وعواقبه تزيد من الأعباء على المريض والفريق الطبي المعالج.

- أسس الرعاية النفسية:

لا جدال أن الدفء الأسـري هو الأجمل والأقوى والأكثر أمانا للناحية النفسـية الوقائية والعلاجية مهما كانت حالة المريض ومسـتوى ثقافته ونوعية ديانته، إن الاقتراب من بوابة الموت يهز الكيان أى كيان بمشـاعر متباينة ومتتابعة ومنها الإنكار والغضـب والاكتئاب والعجز، ولكن النهاية عادة هى التقبل والاستسلام... قد تحتاج بعض المواقف إلى طبيب نفسي فلا مانع.

- أعراض الساعات والأيام الأخيرة:
  - الميل الشديد للنوم
  - فقدان التركيز
  - عدم انتظام التنفس
  - زيادة الإفرازات
  - الهلوسة البصرية والسمعية
  - ضعف قوة الإبصار
  - برودة الأطراف مع سخونة البطن والصدر



موت الرحمة بين التأييد والمعارضة

أ-آراء المؤيدين:

- تأملوا رحلة العذاب... آلام مبرحة مستمرة تستجيب بالكاد لحقن المورفين، صعوبة التنفس والحاجة للأكسجين أحيانا، درجات شلل مختلفة، عدم القدرة على البلع والحاجة للتغذية بالأنبوبة المعدية أو بعملية فتحة بالمعدة أو عن طريق الوريد، عدد لا يحصى من وخز الإبر بالأوردة والشرايين، عدد لا يحصى من التحاليل والأشعة، قسطرة بولية، التهابات متكررة بالصدر والمجارى البولية وأحيانا قرح الفراش، احتمالات الحاجة لعملية شق حنجري واستخدام جهاز التنفس الصناعي، خدمات طبية متنوعة لرعاية المخ والقلب والكلى والكبد حسب حالة كل مريض.

- كل ذلك يسير ويقف الطب الحديث عاجزا عن العلاج، نعم هناك مواقف ليس لها أمل إلا فى رحمة الله والمريض ومن حوله ينتظرون هذه اللحظة لإنهاء رحلة العذاب وما يصحبها من إنهاك معنوي وجسماني ومادي للجميع، فما دمنا عاجزين عن العلاج فكرامة هذا الإنسان تتطلب الموافقة على رغبته بوضع حد فى أقرب فرصة وأسهل طريقة.

- الموت هو نهاية الحياة وحق المريض فى الموتة الكريمة هو امتداد لحقه فى الحياة الكريمة ، وفى اللحظة التى نصل فيها إلى الاستسلام لأن النهاية معروفة فلا داعى لإطالة مدة المعاناة، لتكن الطريقة الإيجابية أو السلبية حسبما تملى علينا العقيدة الدينية والقناعة الشخصية.

- الجانب الاقتصادي: أعباء لا يمكن إنكارها سواء فى الدول الغنية أو الفقيرة، الكل يشكو من قصور الخدمات الصحية وارتفاع التكاليف، ويزيد الإنفاق بشراهة مع الإصابات والأمراض الشديدة، وتتغلب العواطف فى كثير من المواقف على صوت العقل فيستمر الإنفاق بلا جدوى... لقد تقدم الطب وزاد عدد المسنين ومعهم الأورام ومتاعب القلب والمخ والكلى إلخ... كلهم بشر ولهم كل الحق فى الحياة والعلاج ولكن متى وصلنا إلى نقطة اللاعودة فلا بد أن يختلف التفكير.

- لماذا تدفنوا رؤوسكم فى الرمال. إن فى نموذج الإجهاض من عبرة وعظة حيث لم تمنعه أى لوائح أو قوانين، وكذلك موت الرحمة ولو كان بالطريقة السلبية فإنه يطبق كل يوم وفى كل مكان.

التجربة الهولندية:

تمت الموافقة على موت الرحمة هناك عام ٢٠٠١ تحت قانون مساعدة الانتحار الذى يعطى الحق للأطباء بحقن جرعات مميتة من مرخيات العضلات والمهدئات لهؤلاء المرضى فى مراحلهم النهائية وبناء على رغبتهم الشخصية، وتشير الأرقام هناك أن نسبة هؤلاء بين كل حالات الموت هى قرابة ٣%، والشروط التى يجب توافرها هى:

- أن تكون المبادرة من المريض ويصر عليها ويكررها.
- حالته الطبية ليس لها علاج – حسب قدرات الطب الحديث – ومصيرها الموت.
- المريض يعلم كل الجوانب الطبية وأن كل ما يمكن تقديمه قد تم بالفعل.
- استشارة طبيب ثان وموافقة هذا الطبيب على كل الإجراءات المتخذة.
- إقرار كتابي من المريض.
- موافقة الأهل لمن هم ما بين ١٢ إلى ١٨ سنة.

و دور السلطات المعنية هى التحقق من صحة كل البيانات ثم استخراج الأمر القانوني بإنهاء الحياة.

اللائحة الأمريكية:

و تنص على أن:-

- لا يقل عمر المريض عن ١٨ سنة.
- يطلب موت الرحمة كتابيا مرة وشفهيا مرتين، وتمر فترة ١٥ يوما بين الطلب الأول الكتابي والثاني الشفهي.
- لا بد أن تكون حالة ميئوس منها وحسب المعلومات الطبية لا تزيد فرصة حياته عن ٦ أشهر.
- هذا التقرير يجب مراجعته مع استشارى ثان.
- كلا الاستشاريين عليهما أن يقرا بأن المريض قادر على اتخاذ قراره بنفسه وليس به ما يعوقه من تقدير الموقف واتخاذ القرار.
- يجب أن يتعاطى المريض العقار السام بنفسه.

استراليا:

الاشتراطات متشابهة مع بعض الاختلافات البسيطة:

- مطلوب ٤ أطباء من بينهم طبيب نفسي
- يمضى سبعة أيام على الأقل بين التوقيع والتنفيذ
- يتم حقن المادة السامة بجهاز يصل بالكمبيوتر عن طريق آلة نداء.

بريطانيا:

هنا اختلاف جوهري حيث لاننهى حياة المريض بأيدينا ولكن يتم التطبيق بصورة متوازنة حيث يَعطى المريض العلاج المناسب حسب رأى الفريق الطبي ولكن القانون لا يلزم الطبيب بالاستمرار فى خط علاجي لا يجدى ولا يفيد المريض فى شيء.

ب-آراء الرافضون:

الرفض الواضح الصريح هو ما يتعلق بالطريقة الإيجابية التى بمقتضاها يتم حقن المريض بمادة قاتلة، أما الطريقة السلبية فهى موضع نقاش.

الإسلام:

﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْۚ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء:٢٩]، ﴿وَمَا كَانَ لِمُؤْمِنٍ أَن يَقْتُلَ مُؤْمِنًا إِلَّا خَطَـًٔا﴾[النساء:٩٢]، ﴿وَمَن يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُّتَعَمِّدًا فَجَزَآؤُهُۥ جَهَنَّمُ خَـٰلِدًا فِيهَا﴾ [النساء:٩٣]، ﴿وَلَا تَقْتُلُواْ ٱلنَّفْسَ ٱلَّتِى حَرَّمَ ٱللَّهُ إِلَّا بِٱلْحَقِّ﴾ [الأنعام:١٥١]، و[الإسراء:٣٣]، ومن الأقوال الرائعة : « إذا أصابتنى مصيبة شكرت الله على أربع:

١- لم تكن فى دينى.

٢- كان يمكن ان تكون أسوأ.

٣- جعلتنى أقرب إلى ربى بكثرة الذكر والسؤال.

٤- أعطتنى ثواب الصبر بالرضا على قضاء الله.

المسيحية:

انظروا إلى معاناة السيد المسيح فلستم بأفضل منه بل إن ذلك يقربكم منه. لقد وقفت كل الكنائس ضد الإنهاء الإيجابي للحياة فالله يحرم القتل والانتحار، والحياة الإنسانية مقدسة ولها الحق فى العلاج والرعاية الإنسانية حتى يتوفاها الله، وإرهاق الروح يفسد كرامة البشر وعزة النفس التى خلقها الله وله حكمة فى كل ما تصاب به حتى ولو كان ذلك يحمل قدرا من المعاناة.

اليهودية:

رغم الاختلافات الكثيرة فى آراء الطوائف اليهودية فهناك إجماع يحرم موت الرحمة بالطريقة الإيجابية.

الديانات الأرضية:

البوذية والهندوسية تنهى تماما عن أى أذى يلحق بالأحياء، نعم الحياة فانية ولكنها جزء من حلقة مستديمة نموت فيها ونحيا ثم نموت ونولد ثانية ونحيا ونموت وهكذا، وفى كل دورة نحرز تقدما نحو غاية التحرر النهائي، فحياتنا هذه تعتمد إلى حد كبير على ما كانت عليه أرواحنا السابقة، والمعاناة جزء من قوة الطبيعة الممنوحة للإنسان فإذا قضينا عليها بالموت قبل الموعد فسيعود ذلك بالتأثير السيء على حالة التحرر النهائي المنشود.

من هم بلا ديانة:

لهم فلسفة فى احترام المعاناة لأنها تساعد الإنسان على اكتمال الشخصية وازدياد الحكمة وتقوية روح التعاطف، إنها الفرصة الرائعة للوصول إلى صفات نبيلة لمن يعانى ولمن هم حوله حيث يصبح قدوة يتبعها كل من تواجهه مشكلة أو تتأزم الأمور حوله.

آراء فلسفية وأسباب أخلاقية:

الحياة هبة من الله وبدايتها وكذلك نهايتها يختص بها الخالق وليس المخلوق، فإذا كان الإنسان يدعى أنه يمتلك جسده فإنه لا يستطيع أن يدعى أنه يمتلك روحه أيضا، والتساهل فى البداية قد يقودنا إلى منحدر الهاوية فنبدأ بارتكاب تلك الجريمة لمن بهم إعاقة جسدية أو ذهنية شديدة تحت ذرائع غير معقولة وبالتحايل على قوانين من وضع البشر، لأنه انتهاك لحقوق الإنسان وتكدير لصفو المجتمع.

إقرار هذا المبدأ يضع بعض الحالات تحت ضغوط عنيفة قد تصل إلى طلبها التوقيع على إقرار موت الرحمة، ومثال ذلك مرض نقص المناعة المكتسبة AIDS، حيث يعيش المريض على الأمل فإذا به مهجورا من الأهل والأصحاب بل أصبح من يرعاهم يأتى مرغما لتأدية عمله حتى بلا كلمة واحدة... فإما يقبل أن يعيش هكذا منبوذا وإما يطلب الطريق الآخر. وقد يصبح المعاقون أيضا فريسة لهذا الإجحاف بقدسية الحياة تحت مسمى أنهم عبء على المجتمع.

الحالة النفسية للمريض فى تلك الظروف لا تسمح له بالرأى السديد حيث الانهيار واليأس، وفى بعض المواقف نرى الأهل والأصحاب يرجون المريض ألا يوقع هذا الإقرار لأنهم يحبونه وسوف يرعونه حتى آخر لحظة فى حياته ومع ذلك يرفض توسلاتهم وكأنه بذلك يرسخ مبدأ قد يكون اليوم اختياريا وغدا إجباريا.

«الموت شفاء» عبارة يرددها الكثير من المرضى، وفى الشرق هناك بيت شعر يقول:

كفـــــى بالمــــرء داء   أن يرى الموت شافيا

تحمّل المعاناة والألم أمر شـخصـي متفاوت سـواء من الناحية الجسـدية أو النفسية، وقد يصل البعض إلى هذه الدرجة الشديدة من المعاناة ولا يجد أمامه بصـيص أمل فى الشـفاء إلا بالموت، نعم قربت اللحظة فلتكن هذه فرصـتنا الأخيرة أن نتقرب إلى الله بالتوبة الصادقة والعمل الصالح راجين أن يغفر لنا ذنوبنا ويكفر عنا سيئاتنا، أما عن بيت الشعر فيشير إلى أن مصائب الدهر على الإنسان قد تكون شديدة بدرجة لا يرى منها مفرا ولا مخرجا إلا بالموت فيتمناه.

المنظومة الصحية:

توقف المعارضون طويلا أمام المنظومة الصحية حيث أن الشرارة الأولى تأتى من الأطباء:

- الأطباء ليسوا آلهة لتقرير حياة الإنسان ولذا فقد يكون شرح الحالة له دور فى قرار المريض وأهله فمن حق هؤلاء الاستعانة بمن يثقون فيهم ولا يعتمد الأمر على الطبيب المعالج فقط، فقد يكون هناك خطأ طبي وقد لا ترتقى مستوى الرعاية إلى المستوى المطلوب وقد يكون هناك وسائل تشخيصية وعلاجية لم يتم تطبيقها بعد، ثم الحالة النفسـية للمريض وفى بعض الأوقات درجة الإفاقة والوعى قد لا تسمحان بإعطاء الرأى الصائب ... فبعضهم يطلب المساعدة وليس الموت.
- تذكر أيها الطبيب قسـمك على رعاية المريض وعدم إيذائه... تذكر أن الطب يشهد الجديد كل يوم وما كان بالأمس ليس له علاج صار يعالج اليوم وبالمثل فما ليس له علاج اليوم قد يعالج غدا... تذكر أن هناك ضـعاف النفوس الذين قد يهملون فى أداء واجبهم ويصبح موت الرحمة خلاصا للمريض والطبيب... تذكر أن الأمر قد يرتقى إلى مستوى المؤامرة بل الجريمة عندما يريد الأهل التخلص من المريض لأى سـبب وتصـبح أنت أداة التنفيذ أمام أى مقابل... يا لها من عبارات قاسية.

ج-المنطقة الرمادية:

اتفق الجميع على أن الغـايـة هى حق المريض فى موتـة كريمـة ولكن الاختلاف هو فى الوسيلة التى تطبق لتحقيق تلك الغاية، إن الموت قادم حسب علمنا الضئيل، فماذا نحن فاعلون؟ الفريق الأسود يقول لنكن واقعيين ونعترف أن الطريق الإيجابي بإنهاء الحياة هو الأسلوب الأكرم، والفريق الأبيض يقول هذا ضـد الدين والعرف والخلق... دعه يموت ولا نقتله. ونحن فى مصـر نرفض تماما الطريقة الإيجابية ولكن فى نفس الوقت لم نستقر بعد على ما هى الطريقة السلبية المناسبة. إنها إرادة الله فى كل شيء،

وكل حالة لها أبعادها حيث تتشـــابك فيها الأطراف المختلفة (المريض بكل ظروفه – الفريق المعالج بكل إمكانياته – المجتمع بكل قوانينه وعاداته) رأى الجميع له احترامه وفى بعض المواقف يرمون الكرة فى ملعب الأطباء وهنا نبحث عن المنطقة الرمادية التى يمكن ان يلتقى فيها الفريقان ويبدأ التحرك ببناء جسور الثقة وإشراك فريق موسع قد يضم رجل دين وأخصائي اجتماعي وأحيانا رجل قانون لتكون كل خطوة هى قرار يتفق عليه الجميع أو حتى الأغلبية منهم من كل طرف.

أكتب هذه السطور وأنا أرى وأسمع فى شاشات التلفاز عن العشرات وأحيانا المئات من أهلنا الذين يموتون كل يوم فى سوريا الشقيقة... الخدمات الصحية شبة معدومة حيث يصل البعض على قيد الحياة إلى المستشفيات فلا يجد سوى زجاجة جلوكوز ومسكن للألم وضمادة للجراح!! وقد تزيد عن ذلك بقليل مهما كانت الإصـــابة وهذا هو المتاح!! المقابر الجماعية عمل يومي روتيني... كلهم ومن حولهم كانوا يطمعون فى موتة أكثر كرامة ونعزى أنفسنا جميعا بأنه شهداء فى سبيل الله ولا ننكر عليهم أبدا هذا الحق وأيضا نردد بيننا وبين أنفسنا ليتنا نملك المزيد لنقدمه لهم، يتكرر هذا المشهد ليس فى سوريا فقط ولكن فى كل زمان ومكان وبصور مختلفة وتصبح الموتة الكريمة – كما ذكرنا – مفهوما متغيرا.

ننهى هذا الجزء عن المنطقة الرمادية بتجربة البشـــرية حديثا عن الإجهاض... نعم الإجهاض هو صـــورة من صـــور موت الرحمة فهو موت للجنين ورحمة لغيره بحسـب ظروفهم ومعتقداتهم، ولقد وقفت جميع الديانات أمام الإباحة المطلقة للإجهاض فى أى عمر للجنين تماما كما وقفت ضـــد الطريقة الإيجابية لإنهاء الحياة، وبعدها بدأت كل ديانة فى وضـع اللوائح التى تناسـبها للوصــول إلى المنطقة الرمادية حيث الفريق الأسـود يمثل الإباحة المطلقة والفريق الأبيض يمثل المنع المطلق ويرد فريق المنطقة الرمادية بألا تدفنوا رؤوسكم فى الرمال... فالإجهاض كان ومازال وسيظل ممارسة يومية ويجب أن يحاط بشـيء من القانونية بدلا من ممارسـته فى أماكن تحمل معها كل الأخطار والمضاعفات المعروفة.

د-استطلاعات رأى:

بعد انتهاء المباريات الرياضية يحلو للكثير سماع أستوديو التحليل ، وهذا ما بحثت أنا عنه ولكن فى موضـــع آخر أى لأعرف الانطباع العام بعد عدة أعوام من التطبيق الرســمي لموت الرحمة بالطريقة الإيجابية أو المســاعدة على الانتحار فى هولندا وبلجيكا، وحصـلت من المراجع المختلفة على أربعة استطلاعات رأى من أربعة مراجع (استوديوهات تحليل). إليكم بيانها:

الاستطلاع الأول:

عن التقييم العام للموقف خلال خمس ســـنوات من ٢٠٠٢ إلى ٢٠٠٧ فى هولنداو بلجيكا، وتتضح البيانات كلها فى الجدول:

	هولندا	بلجيكا
* عدد الحالات	١٠٣١٩	١٩١٧
* الأمراض المسببة:		
السرطان	٨٣ %	٨٧ %
* مكان الموت:		
البيت	٨١ %	٤٢ %
المستشفى	٩ %	%٥٢
أماكن أخرى	١٠ %	٦ %
* الموافقة المسبقة	شفهية فى كل الحالات	٩٨% شفهية
* طريقة التنفيذ		
الطريقة الإيجابية	٩١ %	٩٨ %
المساعدة على الانتحار	٧,٨ %	١ %
الاثنين معا	١,٦ %	٠,٣ %
* قرارات الجهات المختصة:		
موافقة مباشرة	١٠٠% *	٩٤ %
تحفظات واستيفاءات	٠,٣ %	٦,٤ %

* نسبة ١٠٠ % غير واضحة وكأن الموافقة موجودة ويتبقى أمور صغيرة

الاستطلاع الثاني:

(للعاملين في أقسام العناية المركزة وأقسام رعاية المرضى المتألمين فى مراحلهم الأخيرة).

الشعور الداخلي لدى كل العاملين هو تمنى الموت لهؤلاء المرضى فى أقرب فرصة، ولكنهم يبذلون قصارى جهدهم برعايتهم بالدافع الديني والمعنوي وآداب المهنة، واستقروا أيضا على أن الموت الطبيعي هو الصورة المقبولة وليس بالطريقة الإيجابية لموت الرحمة.

الاستطلاع الثالث :

استطلاع فى النمسا عن رأيهم فى الطريقة الإيجابية:

- الذكور يؤيدون أكثر من الإناث.
- الفئة العمرية والمستوى التعليمي لا تأثير لهما.
- أصحاب الدخول العالية الأكثر تأييدا.
- الانتماء الحزبي والميول السياسية تظهران ان الليبراليين أكثر تأييدا من المحافظين وكذلك اليساريين أكثر من اليمينيين.
- و أيضا يزداد التأييد بين المطلقين والأرامل والمنفصلين وكلما زاد عدد أطفال الأسرة.

الاستطلاع الرابع :

عن سبب رفض الطريقة الإيجابية:

أثبتت أن الوازع الديني هو الدافع الأول والأقوى لرفض إنهاء الحياة بالحقن أو المساعدة على الانتحار، أما الأسلوب السلبي فهو أمر متفاوت يمكن الاتفاق عليه ومناقشة أسلوب تنفيذه.

هـ-تجربتى المهنية وقناعتى الشخصية:

فى مشوار حياة كل طبيب عليه أن يتعامل مع مستويات مختلفة من النضوج الفكري والثقافي للمرضى ومن حولهم، وهؤلاء قد لا يعلمون عن الموقف شيئا وقد تصلهم الحقائق ناقصة أو ملتوية أو مشوهة ومن مصادر ضعيفة لا ترقى إلى المستوى الذى يُعتمد عليه، كل هذه فروق بينهم ولكن تجمعهم حقيقة واضحة أنهم يواجهون مشكلة طبية واحدة.

و واجب الطبيب أن يحاول قدر جهده أن يساعد كل الأطراف وأولهم المريض، وفى تخصص جراحة المخ والأعصاب هناك بعض النوعيات من الأمراض المستحيل علاجها بالصورة المرضية للمريض ومن حوله، ومع تلك الحالات أرى الصراحة والوضوح هو الطريق الصحيح وإن كان مؤلما وإليكم بعض الأمثلة:

- الكيس السحائي العصبي أسفل الظهر:مفاجأة غير سارة أن يخرج المولود من بطن أمه بهذا العيب الخلقي الشديد الخطورة، وفى الكثير من الأحيان فى أيامنا هذه أجد الأهل على دراية بذلك منصور السونار(موجات فوق صوتية للبطن والحوض) أثناء فترة الحمل، وأبدأ بفحص المولود لأجد شللا كاملا بالطرفين السفليين والبول والبراز يتدفقان بدون أى فترة توقف مما يوحى بانعدام التحكم فى المخارج الخاصة بهما وأطلب أشعة مقطعية للمخ ليظهر مرض الاستسقاء المتقدم بالمخ

- وقد تظهر عيوب أخرى بالصدر والبطن، ويأتى السؤال ماذا نفعل ؟ أشرح لهم بالتفصيل توابع كل قرار فهناك عملية إصلاح للكيس يتبعها عملية لعلاج استسقاء المخ ثم علاج كل المضاعفات الممكنة لتلك العمليات فى أى وقت ويتبقى بعد ذلك شلل بالطرفين السفليين وعدم التحكم فى البول والبراز واحتمال التهابات متكررة بالكليتين واحتمال التخلف العقلي ومرض الصرع، هذا طريق والطريق الثاني أن يترك لقضائه مع إعطائه الغذاء اللازم مثل أى طفل، وتسهيلا لهم أطلب منهم دائما أخذ أكثر من استشارة ومن بينهم احد رجال الدين.

- **أورام المخ الخبيثة من النوع المتقدم أو الدرجة الرابعة**: هنا قد تأكدنا من التشخيص بعملية جراحية سابقة لاستئصال الورم أو بأخذ عينة فقط وبعدها تم عمل جلسات العلاج الإشعاعي المطلوب وأظهر فحص الأشعة قدرا من التحكم فى هذا الوحش الذى لا يرحم، وتمر شهور ليست بالكثيرة لتعاود الخلايا السرطانية نموها، تبدأ فى غزو خلايا المخ تباعا... ويأتى المريض وأهله يسألون جراحة ثانية. وأرفض وأقول لهم اتركوه لأجله... إذا وافق طبيب الأورام على جرعة إشعاع آخر فهذا ما يمكن تقديمه.

- **استسقاء المخ الشديد أو (قربة المخ)**: حيث تظهر الأشعة المقطعية أو الرنين المغناطيسي طبقة عظام رقيقة تمثل الجمجمة وداخلها سائل المخ فقط بدون أى مادة مخية إلا خلايا قليلة فى قاع الجمجمة، هذه حالات لا علاج لها حيث أن تركيب صمام أو خلافه هو طريق له أول وليس له آخر وأكرر حديثي الذى ذكرته مع الكيس السحائي العصبي مع ميولى الشخصية لتركه بدون جراحات.

- **المولود اللادماغي**: نسبة كبيرة تولد ميتة ومن يتبقى يموت تباعا فى مدة لا تزيد عن شهرين فهى حالات لا يوجد فيها مخ إلا خلايا ضئيلة فى قاع الجمجمة تمثل عنق المخ وبعض العقد العصبية، وحتى الجمجمة نفسها نصفها العلوي غائب... اتركوه لقضاءه.

- **الغيبوبة المزمنة**:مثلها مثل الحالة النباتية المزمنة وهى من توابع إصابات الرأس الشديدة، وأيضا توابع الجلطات المتكررة ونزيف المخ الشديد الذى لا يفيق منه المريض، كلها حالات غيبوبة بسبب تلف خلايا المخ الذى لا علاج له ، أنصح فيها الأهل برعاية المريض كطفل فى حاجة إلى طعام وشراب ونظافة وعلاج بسيط للحرارة والألم وخلافه إلى أن يلقى المريض ربه.



خاتمة

هذه الحياة لم تعد محتملة... إنسان يتألم .

هذه الحياة لا نفع منها... مجتمع يتألم.

و لكن ما الحل؟ لا يبدو في الأفق حل سهل وفي الكثير من المناقشات حول موت الرحمة ينتهي الأمر بالتعبير الشهير «اتفقوا على ألا يتفقوا». إنه الخيط الرفيع بين ترك المحتضر يموت بطريقة ملائمة أو أن نتسبب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في موت إنسان حي.

إذا علينا بالتشريعات والقوانين المنظمة لذلك، ويأتي الرد سريعا بصعوبة تطبيق ذلك حيث يمكن التلاعب بالمواقف المختلفة بل يفتح الباب لارتكاب جريمة تحت شعار طبي ويزيد الضغوط على بعض الحالات ليقبلوا بموت الرحمة.

وقد ظهرت نوافذ جديدة تطل منها المشاكل والتعقيدات القانونية... نعم هناك حقوق عند الموت وأحيانا بوليصة تأمين على الحياة، ولكن هذا النوع من الموت هو بفعل فاعل أو انتحار أو شبة قتل وهذا غير وارد في وثيقة التأمين... ما هي صيغة شهادة الوفاة؟ كيف نصدر تصريح الدفن بدون إبلاغ الجهات الأمنية؟ يرد المؤيدون بأن القانون يجب أن يكون واضحا في اعتبار هذا موتا طبيعيا...

ومهما فعلنا فسيظهر هناك من يتشكك ويتساءل هل حقا تلك جريمة قتل؟ هل هذا يأس من رحمة الله أم قبول بالقدر حلوه ومره والاعتراف بالواقع المرير؟

المراجع

References:

- Factors associated with the rejection of active euthanasia: a survey among the general public in Austria

Willibald J Stronegger et al - BMJ Medical ethics 2013، 14:26

- Euthanasia is not medical treatment

J. Donald Boudreau et al – British Medical Bulletin 2013; 106: 45-66

- The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases

Mette L Rurup et al – Palliative Medicine 2011; 26(1) 43-49

- Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systemic literature review

Ruaidhri McCormack et al – Palliative Medicine 2011; 26(1) 23-33

- 'There is a time to be born and a Time to die'(Ecclesiastes 3:2a): Jewish perspective on Euthanasia

GoedeleBaeke et al – J Religion Health 2011; 50:778-795

- Euthanasia: agreeing to disagree?

Soren Holm – Med Health care and Philos 2010; 13:399-402

- Ethics of Euthanasia

BBC – Religion and Ethics – Internet website

- Key challenges and ways forward in researching the 'Good death': qualitative and in-depth interview and focus group study.

Marilyn Kendall et al – British medical journal (BMJ) Feb. 2007



تعريف بالمؤلف

- تخرج في كلية الطب جامعة المنصورة عام١٩٧٤ ، وحصل منها أيضا على ماجستير الجراحة عام١٩٨٠ ، ثم انتقل إلى بريطانيا حيث حصل على زمالة كلية الجراحين الملكية(أدنبرة) عام١٩٨٥.

- عمل فى تخصص جراحة المخ والأعصاب منذ تخرجه، حيث خدم بمستشفى القوات المسلحة بالمعادى بالقاهرة ، ونائبا بجامعة المنصورة حتى عام١٩٨٠ ، ثم لمدة سبع سنوات بانجلترا وخمس سنوات بالمملكة العربية السعودية ثم بمدينة المنصورة منذعام١٩٩٢.

- بالإضافة إلى العديد من الأبحاث المنشورة بالمجلات الطبية المصرية، للمؤلف١٠ أبحاث منشورة بالمجلات الطبية العالمية، أهمها نظرية جديدة وأسلوب علاجي جديد للتبول الليلي عند الأطفال والشباب، وأيضا عملية جديدة لعلاج نزيف المخ المزمن تحت الأم الجافية .ولقد ألقى العديد من هذه الأبحاث بالمؤتمرات العالمية، آخرها مؤتمر الجمعية العالمية لجراحة المخ والأعصاب بمراكش بالمغرب عام٢٠٠٥.

- حصل على جائزة أفضل٦ باحثين بالمجلة العربية لجراحة المخ والأعصاب عام٢٠٠٥ .

- **كتب المؤلف السابقة :**

١- التبول الليلي للأطفال والشباب.

٢- مزايا الموت الحديث .

٣- يوجا مصرية .

٤- الروح وجذع المخ.

٥- سكرة الموت: الأسس الطبية والعدالة السماوية.

٦- تأمل وأنت تتألم .



الفهرس